**歯科訪問診療　申し込み受付票**　　　　　　　　受付日　　　　年　　　　月　　　　日

**ふりがな**

**患者氏名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　・　女

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

施設名

生年月日　　明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳）

申込相談者　本人・家族（続柄：　　　　）・その他（　　　　　） 相談者Tel

key person

**全身疾患・状態**

脳血管障害　心疾患　不整脈　喘息　高血圧症　糖尿病　骨粗鬆症　悪性腫瘍（　　 ）

多系統萎縮変性症　パーキンソン氏病　その他（　　　　　　 　　　　　　　　）

・認知症　　HDS-R　　　　　／３０点 　コメント（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）

・感染症　　なし ・ 肝炎( C ・ B ) ・ 梅毒 ・ 結核 ・ HIV ・ MRSA ・　その他（　　　　　）

・常用薬剤

**訪問診療目的・紹介目的**　　　***緊急性*　有　・　無**

　口腔ケア　　歯がぐらぐらする　　歯が痛い　　血が出る　　歯茎が腫れている　　口臭

　入れ歯（部分入れ歯・全部入れ歯）が合わない・作りたい・壊れた　　摂食嚥下障害

・おおよその主訴部位（　　　　　　　　　　　　　）

・これまでの簡単な経過

・入院による治療はできますか　 可　・　否

・(個人宅の場合) かかりつけ歯科医 　有　・　無　　　　・(施設の場合) 協力歯科医 有　・　無

・他科通院している病院　　 有　・　無

・介護保険　　なし　・　支援１　・　２　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５

・重度心身障がい者医療費助成 有　・　無

・訪問希望日　月　・　火　・　水　・　木　・　金　　　不可　月　・　火　・　水　・　木　・　金

・希望時間　AM　・　PM　　　　　時　　　　分頃

料金や必要な書類等に関しては当院より連絡いたしまします。

訪問にかかる交通費については300円、有料駐車場が必要な場合は実費となります。

診察費の請求に関しては振り込みになります。

ケアマネ・相談員の所属と連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　**FAX**

＊受付後に病院側で記入する欄

訪問診療　　可　・　否

初回訪問日（　　月　　　日　　　時　　　分頃）

ケアマネに連絡（　　　月　　　日Tel済み）　　　　記載者